QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

PHLEGMATIA ALBA DOLENS PUERPÉRALE

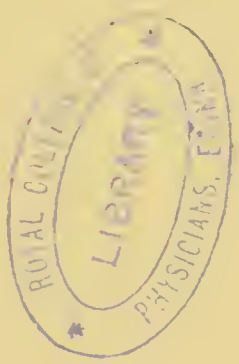
ET

SON TRAITEMENT

PAR

Mlle Thérèse ROSENTHAL

DOCTEUR EN MÉDECINE DE LA FACULTÉ DE PARIS



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

R37756

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

PHLEGMATIA ALBA DOLENS PUERPÉRALE

ET SON TRAITEMENT

AVANT-PROPOS

Nous n'avons pas l'intention d'apporter dans ce modeste travail une contribution personnelle aux nombreuses recherches qu'a provoquées la pathogénie de la phlegmatia alba dolens. Nous nous contenterons de signaler par quelles étapes la science est arrivée à déterminer d'une façon certaine l'origine microbienne de cette affection.

Nous insisterons particulièrement sur le traitement. Le traitement préventif est de beaucoup le plus important et le mieux connu ; mais il n'est pas toujours suffisant malgré tous les soins qu'on peut y mettre. Nous avons donc saisi avec empressement l'idée que nous a donnée M. le professeur Pinard d'exposer le mode de traitement qu'il préconise pour la maladie une fois confirmée et les observations que nous devons à sa bienveillance en démontrent la réelle efficacité.

Nous le prions, cet excellent et très honoré maître, de vouloir bien recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance pour le réel profit que nous avons retiré de ses précieuses leçons et nous lui demandons la permission de lui dédier cette thèse.

Que M. le professeur Tillaux, dont nous avons suivi les remarquables leçons à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, veuille bien agréer nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous adressons nos remerciements à tous nos maîtres dans les hôpitaux et à la Faculté.

Nous prions M. le professeur Dieulafoy et M. le professeur agrégé Hutinel, d'agréer le témoignage de notre plus profonde gratitude pour leurs précieux enseignements, ainsi que pour la grande bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous témoigner.

Nous prions également M. le professeur agrégé Budin qui nous a initié à l'obstétrique d'accepter tous nos remerciements.

M. le Dr Potherat, chirurgien des hôpitaux et M. le Dr Potocki, chef de clinique, nous ont toujours donné les meilleurs conseils au cours de nos études ; qu'ils reçoivent ici l'expression de notre reconnaissance.

Historique et Pathogénie (1).

La phlegmatia alba dolens puerpérale n'était point reconnue avant le XVIIIe siècle comme une maladie distincte, aux symptômes déterminés et était le plus souvent confondue avec d'autres états pathologiques ; ce n'est qu'au commencement du XVIIIe siècle que l'accoucheur français Mauriceau en donne pour la première fois une description.

Ayant le mérite d'avoir été le premier à signaler l'enflure des jambes et des cuisses de la femme accouchée, il attribue la provenance de la maladie à une douleur sciatique causée par un reflux des humeurs, qui doivent être évacuées par les lochies.

Après lui, Puzos (1759) attribuait la maladie à un dépôt de lait sur les extrémités inférieures, la considérait comme exemple de métastase laiteuse.

Enfin Ch. White (1784) la décrit comme une affection des lymphatiques. Au commencement du XIXe siècle il faut citer Hull (1800) qui décrit avec beaucoup de justesse les symptômes de la phlegmatia et c'est à lui qu'on doit le nom de la maladie.

Les conceptions que se sont faites les différents auteurs sur la phlegmatia se sont multipliées et diffèrent très considérablement entre elles. Royer (le *Dictionnaire de médecine* en 21 vol.) dans l'article intitulé : L'œdème des nouvelles accouchées, considère la phlegmatia comme une inflammation complexe, qui attaque à la fois plusieurs tis-

(1) Voir à la fin l'index bibliographique.

sus élémentaires des membres et spécialement le tissu cellulaire, les vaisseaux et les ganglions lymphatiques.

David Davis publia deux mémoires importants, relatifs à la phlegmatia : dans le premier de 1817, il l'attribue déjà à l'inflammation de l'oblitération des veines ; dans le second de 1823, il développe la même théorie, en se basant sur des observations nombreuses et des preuves obtenues à l'aide des autopsies, et la doctrine de la phlébite est établie.

A la même époque Boullaud publia en France un travail qui a servi de base à toutes les recherches anatomiques faites en France depuis 1823 sur l'oblitération des veines. En même temps Velpeau décrivait la maladie dans les *Archives de médecine* (1824, t. 21, p. 220), et reconnaît que c'est une maladie sur laquelle on a peu de notions exactes. Il attribue la cause de l'œdème principalement à l'inflammation des veines et aussi à celle des symphyses. Il a trouvé des caillots dans les veines.

En 1826 Guthrie fait paraître de savantes recherches sur le même sujet, et Robert Sée en 1832 trouva que l'inflammation des veines de la jambe n'est que la propagation de l'inflammation des veines de l'utérus. D'après lui, l'inflammation commence dans les branches utérines de l'hypogastrique et de là s'étendrait au tronc fémoral du côté affecté.

La théorie de phlébite est admise presque généralement et Cruveilhier attribue l'œdème à la même cause. Ayant fait des autopsies, il a trouvé les sinus utérins pleins de caillots et se prolongeant dans les veines utérine, iliaque, fémorale pour donner naissance à la phlegmatia.

MM. Charcot et Ball en reproduisant l'opinion de Cruveilhier font remarquer que les observations de Virchow, Robert Lee et de Simps la confirment.

En 1854 Virchow substitue à la théorie de la phlébite celle du thrombus placentaire physiologique qui se prolonge ; d'après lui la phlébite ne serait que secondaire. Cependant cet auteur reconnaît qu'il y a parfois des phlébites indépendantes des phlébites utérines ou pelviennes et il les explique par une lésion des tuniques vasculaires, qui occasionne la stase sanguine et amène ainsi des coagulations fibrineuses.

La cause de la coagulation spontanée a été expliquée différemment par plusieurs auteurs.

Le ralentissement de la circulation, la perte de tonicité des parois veineuses (varices) et l'augmentation de la fibrine, conditions qui se trouvent réalisées dans la grossesse, constituent pour les uns une explication suffisante. Pour d'autres l'existence d'une portion altérée de la paroi veineuse joue, par rapport au sang, le rôle d'un corps étranger et détermine sa coagulation. M. Billroth admet que le caillot peut se produire par compression. Celle-ci ralentit la circulation en augmentant le frottement de la colonne sanguine contre les parois des vaisseaux rétrécis. La coagulation pour cet auteur est produite par une inflammation des parois veineuses (Lair).

Tilbourg Fox explique par l'empoisonnement puerpéral la phlegmatia grave. Il trouve que la phlegmatia fébrile aiguë survient dans des maladies épidémiques, dont il distingue 2 variétés : « La première est due à l'influence de la matière toxique sur la paroi interne des vaisseaux (fièvre

puerpérale, érysipèle) ; la seconde est due à la thrombose compliquée des phénomènes généraux fébriles, causés par l'action du virus sur toute l'économie ».

Pour Trousseau il y aurait aussi deux variétés :

1° Phlegmatia par coagulation spontanée ;

2° Phlegmatia consécutive à la phlébite utérine.

M. Hervieux explique la cause de la phlegmatia par le passage dans le torrent circulatoire du principe toxique, qui engendre la majeure partie des affections puerpérales et détermine la coagulabilité du sang ou inopexie.

Pour M. Hayem, l'inopexie est une altération de la fibrine, qui a de la tendance à se coaguler pendant la vie. Cette altération serait due à l'augmentation du nombre des hématoblastes plus nombreux à la suite d'hémorrhagie.

Plusieurs tentatives ont été faites pour revenir à la théorie de la phlébite, et M. Vulpian, dans son cours de 1874, avait émis l'idée que la formation du caillot est précédée d'une altération de la paroi veineuse ; il trouve qu'il y a une lésion, qui modifie les propriétés vitales de la membrane interne des veines.

M. Troisier, en expliquant la pathogénie de l'affection, remarque que trois conditions sont indispensables pour que le sang reste à l'état liquide dans l'organisme : il faut 1° que les parois veineuses conservent leurs propriétés physiologiques ; 2° que la circulation s'effectue régulièrement ; 3° que le sang lui-même n'ait subi aucune modification élémentaire. Il admet également la phlébite primitive, en se basant sur la même idée que Vulpian.

M. Siredey, dans un ouvrage qui parut quelques années plus tard (1884), reprend la théorie de la phlébite primitive

avec de nouvelles preuves à l'appui. Il démontre l'impossibilité de constater parfois la continuité des caillots dans les veines utérines et admet une phlébite infectieuse, qui résulterait de l'infection puerpérale vu que la multiplication des germes se fait plus facilement là où la circulation est gênée et où il y a stase sanguine ; cela explique pourquoi ces accidents surviennent dans le système veineux.

M. Doléris admet aussi la théorie de la phlébite infectieuse ; il montre les altérations chimiques du sang dues à des microbes ; le caillot serait donc un vrai nid des microbes qui pullulent. D'après cet auteur la formation du caillot est physiologique lorsqu'elle n'est limitée qu'à l'utérus, mais lorsque les voies collatérales s'obstruent et que cette obstruction s'étend aux veines des membres, des raisons nouvelles ont surgi. On a alors la phlébite infectieuse due à la présence des microbes dans le sang. Les microbes se déposent surtout sur la paroi endothéliale, déterminent l'inflammation de cette paroi et la coagulation vient ensuite.

MM. Delore et Poulet, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, admettent que la phlegmatia puerpérale, même dans ses formes atténuées, est d'origine septique.

A l'heure actuelle cette idée n'est plus une supposition, c'est une opinion généralement acceptée, et dont M. Widal a bien montré l'exactitude en démontrant dans sa thèse inaugurale, *la nature microbienne constante de la phlegmatia puerpérale et en prouvant qu'elle est consécutive à une phlébite primitive, déterminée par la multiplication des micro-organismes sur la tunique interne de la veine.*

Physionomie clinique.

La maladie ne commence pas, à proprement parler, par l'œdème blanc douloureux, celui-ci n'est que la manifestation locale de la maladie, qui constitue pour ainsi dire le second temps de l'infection. Elle est précédée par une phase prodromique, qui retentit sur l'état général se caractérisant par une fièvre plus ou moins vive, selon la gravité de l'infection. Cette fièvre survient quelques heures, ou quelques jours après la délivrance, elle est généralement de courte durée, elle indique l'origine infectieuse de la maladie, et comme le dit M. Chantemesse: « Elle saisit sur le fait la pénétration des microbes dans le sang. La traduction externe de la culture microbienne, sa date d'apparition et son intensité sont subordonnées aux conditions qui règlent cette germination, au nombre des microbes, à leur nature, à leur virulence ».

La fièvre réapparaît à l'éclosion de l'œdème blanc.

Les phénomènes généraux qui accompagnent la phlegmatia alba dolens sont le plus souvent de faible intensité, mais parfois ces phénomènes revêtent la forme qu'on observe dans la phlébite suppurée ; entre les deux lésions, comme le dit M. Widal, il n'y a qu'une différence de degré.

La période apyrétique qui sépare souvent le premier accès fébrile des premiers symptômes de la maladie ne doit pas nous étonner, car nous savons que les accidents

dans l'infection puerpérale se développent souvent par poussées successives, en rapport avec la formation des foyers nouveaux de suppuration.

En étudiant la phlegmatia, M. Hervieux a remarqué les phénomènes qui précèdent l'éclosion de la maladie, il a trouvé que l'ensemble de ces phénomènes rappelle les prodromes de la péritonite.

M. Siredey a constaté les phénomènes généraux, variables d'intensité, qui apparaissent au début de toutes les affections puerpérales : « Il survient de la fièvre, des nausées, un malaise vague ».

Cet état dure quelques jours.

Le premier signe constant de la localisation de la maladie est la douleur dont l'époque d'apparition varie entre le 10e et 45e jour après l'accouchement. En même temps la température s'élève, mais c'est une fièvre peu intense avec ou sans frissons. La température retombe, en même temps que se produit l'oblitération veineuse. Des frissons violents et une fièvre intense, accompagnés de rémissions accusées, sont au contraire des signes de phlébite suppurée, de pyémie généralisée avec phénomènes métastatiques.

Dès le début, la malade accuse de la douleur au pli de l'aine, dans une des cuisses, au mollet ; quelquefois la douleur commence à la malléole et suit une marche ascendante.

On voit parfois la douleur se montrer d'abord d'un côté du bassin et cependant la phlegmatia se développer de l'autre. Une observation de M. Hervieux le démontre.

La phlegmatia n'est jamais double d'emblée, lorsque les deux membres doivent être pris simultanément, l'obstacle

à la circulation veineuse s'est d'abord montré d'un seul côté, le plus souvent du côté gauche.

La phlébite peut envahir les membres supérieurs, mais on ne l'a pas vue les envahir primitivement. La pression exaspère la douleur, ainsi que les mouvements, qui sont impossibles. Plus tard la pression réveille la douleur dans tout le membre et surtout au mollet. Selon les uns cette douleur tiendrait simplement à la saillie de cette région qui presse directement sur le lit, transmet la pression aux nerfs de la région ; pour d'autres cette douleur est due à la compression des extrémités nerveuses par la sérosité épanchée dans les tissus et les aréoles du derme.

En même temps que survient la douleur, débute le gonflement, parfois à l'endroit même où la douleur s'est manifestée en première ligne. Plus souvent le gonflement commence quelques heures, 24 heures plus tard, le membre devient raide. Habituellement on voit le gonflement procéder de haut en bas, s'emparant successivement de la cuisse et de la jambe. A mesure que le gonflement se produit, la douleur diminue un peu. Le volume du membre est souvent énorme, il est le double du membre sain. C'est un gonflement régulier, ordinairement plus marqué à la cuisse que partout ailleurs, ce qui donne au membre l'aspect d'un cône allongé. La peau prend une coloration spéciale, d'un blanc mat, elle est tendue, lisse, plus tard elle desquame légèrement.

Le godet se fait mal, quand l'œdème est considérable, mais plus tard on peut le produire facilement lorsque les aréoles du derme sont moins distendues par la sérosité infiltrée.

La douleur à la palpation est souvent un obstacle à l'exploration du cordon veineux.

Quand la phlébite occupe les veines superficielles, la saphène par exemple, le doigt sent nettement le cordon dur, noueux. Il est dur à cause de l'épaississement des parois de la veine et à cause de la présence du caillot ; les nodosités sont dues à la distension plus considérable au niveau des valvules.

La température du membre malade est plus élevée de quelques dixièmes de degré que celle du membre sain. Quant à la sensibilité, on trouve qu'il y a de l'anesthésie au début suivie ensuite d'hyperesthésie.

Par suite de l'oblitération des veines principales, les branches collatérales se dilatent et il s'établit bientôt une circulation supplémentaire profonde et sous-cutanée ensuite.

L'impotence du membre est expliquée, par beaucoup d'auteurs, par l'hydarthrose qui serait un signe constant de la phlegmatia ; pour M. Cosnard, l'hydarthrose peut même précéder tous les autres symptômes de la phlegmatia alba dolens. Dans nos observations nous n'avons pas trouvé d'hydarthrose, mais on peut s'expliquer facilement sa production par l'obstacle à la circulation veineuse. M. Lair explique cette impotence par une accumulation des matières extractives restées en contact avec les fibres musculaires à cause de la stase sanguine et pouvant produire une altération de la contractilité musculaire.

D'après M. Verneuil il vaudrait mieux attribuer cette impotence à une myosite produite par réaction des veines intra-musculaires enflammées sur les muscles voisins.

Parmi les complications locales, il faudrait citer les lym-

phangites, l'érysipèle, sphacèle de la peau, phlegmon simple, phlegmon diffus, arthrite suppurée. Toutes ces complications sont dues au microbe en chaînette, qui retrouve, sous l'influence d'une cause quelconque, surtout favorisé par un état général mauvais, ses qualités pyogènes.

La complication la plus grande de la phlegmatia est l'embolie, c'est elle qui amène ordinairement la terminaison fatale. Le caillot se détache en partie ou en totalité, embolie massive, il va oblitérer une branche de l'artère pulmonaire, amène la mort après avoir donné lieu à tous les caractères de l'asphyxie pulmonaire. Dans la mort rapide sans phénomènes précurseurs, il y a syncope proprement dite, la mort commence par le cœur. Dans les embolies partielles il se produit des infarctus, d'où résultent soit des noyaux de broncho-pneumonie, soit de l'œdème ou de l'apoplexie pulmonaire.

On rencontre encore des complications tardives, caractérisées par les déformations des pieds et des orteils. Les pieds-bots phlébitiques ont été décrits par M. Verneuil, ils diffèrent des pieds-bots congénitaux par la rigidité des orteils, qui sont fléchis en griffe. Ces déviations sont dues à la contractilité des muscles de la région postérieure et profonde de la jambe (fléchisseur et jambier postérieur). La contracture et la rétraction est produite par la myosite.

Causes.

En étudiant la physionomie clinique de la phlegmatia, nous voyons qu'il y a toujours de la fièvre qui précède l'œdème douloureux, ce qui démontre l'origine infectieuse.

La cause de l'œdème, comme l'a démontré M. Widal, est l'inflammation de la veine par dépôt sur la paroi endothéliale du streptococcus pyogène.

Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi.

Faut-il admettre, à cause de la fièvre prémonitoire, que toujours des microbes sont charriés dans l'économie pour aller se déposer sur la paroi des veines du membre inférieur.

Les micro-organismes pénètrent par la cavité utérine dans les veines intra-utérines et de là, cheminent dans les veines hypogastrique, iliaque, fémorale, pour se localiser au niveau des valvules où ils sont arrêtés ; cette migration intra-vasculaire des microbes serait moins gênée dans les veines du membre inférieur, la circulation y étant moins active. La présence des microbes détermine la phlébite et consécutivement survient le thrombus.

Nous pourrions supposer que pendant qu'ils se multiplient, ces microbes sécrètent des produits toxiques, qui sont absorbés et ensuite éliminés totalement. Ceci nous permet d'expliquer dans une certaine mesure la fièvre légère du

début, et plus tard cette période apyrétique assez longue parfois qui précède l'éclosion de l'œdème.

Dans les cas de fièvre plus intense et surtout quand la fièvre se maintient plusieurs jours, il y aurait lieu de penser que les microbes ont envahi toute la masse sanguine et déversent par conséquent dans l'organisme une grande quantité de toxine.

Quand il en est ainsi, on s'explique les phlébites à distance comme la phlébite du membre supérieur.

La cause déterminante de la phlegmatia alba dolens survenant chez les femmes après l'accouchement est l'infection microbienne. M. Widal ayant constaté une fois sur onze, dans le mucus vaginal des femmes saines, la présence du streptococcus pyogène admet parfois une auto-infection.

Parmi les causes prédisposantes, il faut citer toutes celles qui allongent le travail, ou nécessitent des opérations ; toutes celles enfin qui, comme l'albuminurie, mettent l'organisme dans un état de réceptivité toute particulière à l'infection. Nous citerons plus spécialement : la grossesse gémellaire, l'hydramnios, les hémorrhagies de la délivrance, qui nécessitent la délivrance artificielle, les états cachectiques. Les varices du membre inférieur, auxquelles on attribuait un rôle important dans l'étiologie de la phlegmatia, ne seraient qu'une des causes prédisposantes de la localisation.

Diagnostic.

Il est impossible d'abord de confondre cet œdème dur et douloureux avec les différents œdèmes provenant d'une affection du cœur ou d'une altération du sang.

On ne peut pas le confondre non plus avec l'adéno-phlegmon de la fosse iliaque dont on le distinguera par sa forme en cône allongé, au lieu de la forme dite en gigot et par la rapidité du développement.

La phlébite variqueuse pourrait quelquefois au premier abord faire confusion. Mais l'œdème n'est pas si considérable, il n'a pas cette coloration d'un blanc mat caractéristique et s'il y avait quelques hésitations, elles seraient dissipées au bout de quelques jours par l'apparition le long des varices enflammées de la teinte violacée puis brunâtre qui persiste pendant quelques semaines.

Le diagnostic pourrait même s'imposer avant l'apparition de l'œdème. La douleur nous paraît en effet caractéristique ; elle est plus vive et localisée dans un point plus limité, le plus souvent au mollet.

Il faut tenir compte aussi de la fièvre passagère prémonitoire.

Pronostic.

La phlegmatia est une affection sérieuse, surtout au point de vue de la complication qui est toujours à redouter, l'embolie; la guérison cependant est la règle. Elle s'effectue selon plusieurs modes différents :

1° Le caillot disparaît par résorption sur place ;

2° Il est fragmenté par des végétations vasculo-conjonctives de la tunique interne de la veine, et la veine est convertie en un cordon fibreux. La circulation se rétablit par les collatérales ;

3° Les portions périphériques du caillot subissent seules la transformation fibreuse, le caillot se rétracte et la circulation se rétablit à travers le centre devenu perméable. La période de résolution se prolonge souvent pendant des mois.

Un œdème chronique peut succéder à l'œdème de la phlegmatia, si quelques vaisseaux importants s'oblitèrent d'une façon définitive. Chez les femmes atteintes de la phlegmatia double, l'œdème des membres se renouvelle à la suite d'une fatigue, et cet inconvénient dure pendant plusieurs années.

Traitement.

Divers modes de traitement ont été suivis et préconisés à différentes époques. On a commencé par pratiquer des saignées, remplacées plus tard par les sangsues. Comme calmant et narcotique on employait des fomentations émollientes, mélange d'huile d'amandes douces et de laudanum, décoction de jusquiame ou des feuilles de belladone, des cataplasmes laudanisés. On appliquait aussi des vésicatoires, qu'il faut proscrire complètement à cause de la prédisposition qu'ils créent à la gangrène dans un membre, où la circulation est déjà profondément troublée. On a fait aussi des frictions du membre avec la pommade iodurée, ou avec l'eau-de-vie camphrée. Elles sont dangereuses, car elles peuvent fragmenter, détacher les caillots et déterminer des embolies. On attachait une grande importance à la compression avec de l'ouate saupoudrée de camphre, mais elle ne fait qu'augmenter la douleur.

La compression a d'autres inconvénients, car elle empêche la circulation collatérale de s'établir. Les mouchetures qu'on faisait pour laisser écouler la sérosité déterminaient des plaques de sphacèle. On avait recours alors aux lotions avec de l'eau froide ou vinaigrée, aux bains de vapeur, aux douches chaudes, aux sachets avec la pommade iodurée, aux sachets et aux fumigations aromatiques. Les sachets de sable chaud étaient recommandés par Trousseau, pour empêcher le refroidissement, maintenir la température douce et uni-

forme, qui favoriserait l'établissement de la circulation collatérale. On administrait en même temps à l'intérieur le calomel associé à la digitale, le camphre, l'aconit.

Comme dérivatifs intestinaux, on donnait des sels de potasse, de soude, magnésie, les laxatifs doux.

Les compresses humides ont été employées depuis 1794 par Sachtleben ; Reichenau appliquait des compresses glacées.

En Allemagne on emploie beaucoup les compresses d'eau blanche, on ajoute de l'extrait thébaïque pour calmer la douleur. On a essayé de badigeonner le membre entier avec de la teinture d'iode dès que les douleurs étaient passées, mais les résultats n'étaient pas suffisants.

M. Latour introduisit le badigeonnage avec du collodium riciné.

Müller conseille de verser de l'alcool sur le membre inférieur atteint de phlegmatia alba dolens, pour amener une hyperémie de la peau et favoriser ainsi la formation de la circulation collatérale.

Tous les cliniciens prescrivent le repos ; l'immobilisation a été reconnue indispensable. On met le membre inférieur malade dans une gouttière de fil de fer garnie d'une couche d'ouate et on prend soin de mettre un oreiller sous la gouttière au niveau du talon, pour faciliter la circulation en retour.

Nous avons dit que la phlegmatia alba dolens est un accident puerpéral atténué, mais cependant toujours causé par l'infection.

En appliquant une antisepsie minutieuse aux femmes enceintes, en travail et en couches, on évitera l'infection.

Mais du moment qu'il y a des raisons pour supposer une infection il faut, avant que ne se soit produite la manifestation locale, combattre l'agent infectieux par des injections intra-utérines avec une solution de biiodure de mercure et au besoin même avec l'irrigation continue lorsqu'on constate des phénomènes de septicémie grave.

Pour favoriser l'élimination on donne du sulfate de quinine, remplacé parfois avec avantage par l'acide salicylique ou le benzoate de soude.

Lorsque la localisation de la maladie dans les veines du membre inférieur a produit la phlébite suivie de thrombus, il faut se borner à un traitement symptomatique : soulager les douleurs et diminuer l'œdème. Nous avons vu employer avec grand succès les applications locales de solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, qui ont été préconisées par M. le professeur Pinard, dont nous avons eu l'honneur et la bonne fortune de suivre l'enseignement.

Le chlorhydrate d'ammoniaque appartient à la classe des substances dites résolutives. Son action dissolvante sur les cellules épithéliales explique son efficacité. Il favorise la transpiration sans exciter le pouls. Introduit dans le torrent circulatoire, il diminue la coagulation du sang, sans dissoudre les globules.

Cette action sur le sang se produit même lorsque le sel est introduit par des plaies.

Dissout dans le vinaigre, il a été appliqué depuis longtemps sur les tumeurs, sur les kystes thyroïdiens, sur les engorgements abdominaux. Actuellement, les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque sont employées par M. de

Saint-Germain dans les cas d'hydrocèles congénitales et la résolution est obtenue au bout de 8 à 15 jours.

Ces propriétés dissolvantes et révulsives du chlorhydrate d'ammoniaque ont déterminé M. Pinard à s'en servir dans la phlegmatia alba dolens.

La solution contient 250 à 300 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque par litre, c'est-à-dire qu'elle est saturée.

On trempe des compresses de tarlatane dans cette solution et on recouvre la jambe et la cuisse jusqu'au pli de l'aine, en ayant soin d'abord d'immobiliser le membre dans une gouttière de cuisse. Les compresses sont recouvertes de taffetas gommé pour éviter l'évaporation. On humecte deux ou trois fois dans les 24 heures sans les retirer.

Ces compresses humides déterminent tout d'abord un soulagement notable à la tension pénible que la malade éprouve dans tout le membre atteint.

Les malades se plaignent quelques jours après le début du traitement d'une cuisson dans tout le membre. On voit alors apparaître un érythème plus ou moins étendu et on aperçoit une éruption de boutons disséminés, quelquefois confluents, marqués surtout à la face postérieure de la jambe et de la cuisse, où s'accumule la majeure partie de la solution du sel ammoniac. Vers le 12e jour de ce traitement l'éruption est généralisée. L'époque d'apparition de l'éruption est variable, quelquefois elle est très tardive, dans ces cas il est probable que la solution n'a pas été saturée.

Dès que l'éruption est généralisée, on suspend les compresses et on saupoudre le membre de poudre d'amidon, mais on le laisse encore dans la gouttière. La douleur di-

minue aussitôt après l'application des compresses humides et n'apparaît pas ultérieurement. Mais l'aspect du membre ne tarde pas à changer et en même temps que le gonflement diminue la tension des téguments disparaît, on voit un réseau bleuâtre se dessiner sous la peau, preuve que la circulation veineuse collatérale s'établit. Le travail d'organisation a une marche variable, qui varie parfois de 15 jours à plusieurs mois.

Mais jamais on ne doit permettre à la malade de se lever avant la sixième semaine après le début de la maladie ; car le caillot n'a guère d'adhérences solides avant cette époque. En général, M. Pinard garde ses malades au lit au moins trente jours encore après la dernière élévation thermométrique à 37°8 ou 38°, bien que l'œdème ait disparu depuis longtemps.

Tant que le thrombus n'a pas disparu complètement ou qu'il n'est pas solidement organisé, l'embolie est à redouter.

OBSERVATIONS

Observation I (Personnelle). — *Grossesse gémellaire. — Albuminurie. — Accouchement spontané. — Hémorrhagie par inertie utérine pendant la délivrance. — Délivrance artificielle. — Phlegmatia alba dolens débutant 22 jours après l'accouchement. — Traitement par l'application locale de chlorhydrate d'ammoniaque. — Guérison.*

Femme D..., âgée de 25 ans, vient consulter à la clinique Baudelocque, le 28 avril 1891, parce qu'elle éprouve quelques douleurs abdominales. On l'admet dans le service et on la reçoit dans la salle des femmes enceintes, après avoir constaté chez elle l'existence d'une grossesse gémellaire. C'est une femme de bonne santé ordinaire, dans les antécédents de laquelle on ne relève aucune maladie. Elle est réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans ; elle est enceinte pour la première fois. Ses dernières règles ont fini le 25 septembre dernier, de sorte qu'elle est enceinte actuellement de 6 mois et demi à 7 mois. La grossesse a été normale et on ne trouve à relever comme phénomène pathologique que des douleurs abdominales, tenant vraisemblablement à l'augmentation exagérée du volume du ventre. L'examen général de cette femme n'indique rien de particulier, si ce n'est un léger œdème de la jambe gauche qu'on attribue à l'existence de varices. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine. L'utérus est régulier, mais anormalement développé pour l'âge de la grossesse, son fond remonte à 37 cent. au-dessus du pubis. La palpation démontre la présence de deux fœtus ; le 1er se présentant par le sommet ammorcé OGGT, le 2e ayant la tête dans la fosse iliaque droite et le siège vers l'épigastre. Deux foyers d'auscultation : l'un à gauche et au-des-

sous de l'ombilic, l'autre à droite et au-dessus de l'ombilic. Le bassin est normal. Cette femme est gardée et la grosseur évolue normalement jusqu'au 19 mai, époque à laquelle on constate la présence d'albumine dans l'urine ; mais cette albuminurie est légère et ne s'accompagne d'aucun phénomène général, seul l'œdème des membres inférieurs est augmenté. On soumet immédiatement la femme au régime lacté absolu, on lui fait garder le lit et on lui fait porter une chemise de flanelle.

Le 22 mai la quantité d'albumine a augmenté dans l'urine. Le 23 mai à 5 heures du matin la femme entre en travail et aussitôt les membranes se rompent spontanément et le travail marche d'ailleurs régulièrement et à 2 h. 1/2 du soir la dilatation est complète.

Le 1er fœtus est expulsé à 3 h. 55 minutes en occipito-pubienne ; on rompt bientôt après la poche du 2e œuf après avoir ramené la tête en bas et l'expulsion du 2e fœtus a lieu à 4 h. 10 minutes du soir. La période d'expulsion n'a duré que 1 h. 40 minutes. Légère déchirure du périnée. Jusqu'à ce moment la femme n'a pas perdu de sang, mais après l'accouchement l'utérus reste inerte et malgré les injections chaudes une hémorrhagie considérable se produit : on recueille en quelques instants 950 grammes de sang liquide et de caillots, et on pratique sans plus tarder la délivrance artificielle. L'opération ne présente aucune difficulté, car le placenta est entièrement décollé. Le placenta pèse 750 grammes et les membranes sont entières et non déchirées. Immédiatement après l'extraction du placenta, on fait une injection intra-utérine très abondante avec la solution saturée de naphtol portée à 48° environ. Au début de l'injection, l'utérus est encore mou, mais il se contracte bientôt et l'hémostase est parfaite. Les accidents qui ont accompagné l'hémorrhagie : état syncopal, petitesse du pouls, disparaissent aussitôt. — L'état général reste mauvais. Dès le début du travail en effet la femme est fatiguée, sa température est élevée et à midi on trouve 38°5. Après la délivrance la température est de 38°6. A minuit, c'est-à-dire 6 heures après la délivrance, la température est de 39°, mais cette température s'abaisse dans la nuit et à 3 heures du matin, on ne trouve plus que 37°5.

24 *mai*. — La température remonte le lendemain de l'accouchement, et à 5 heures du soir elle est de 39°. On fait alors à 9 h. 30 minutes du soir une injection intra-utérine très abondante (2 litres de biiodure à 1/4000, puis 15 litres de solution de naphtol). L'injection est facile, le liquide ressort bien de l'utérus ; environ 1/4 d'heure après l'injection : frisson extrêmement intense, d'une durée de 10 minutes, à la suite duquel sueurs profuses pendant une partie de la nuit.

Albumine 1 gr. 50, urine abondante.

25. — On transporte la femme au pavillon d'isolement ; elle est fatiguée, pouls fréquent ; langue bonne, humide, ventre indolore. Temp. 37·5. Si la température s'élève on soumettra la femme à l'irrigation continue ; mais le soir la température n'est que de 38·4. P. = 126. R. = 34. Langue blanche, humide. Pas de céphalalgie, pas de nausées ; quelques douleurs abdominales qui disparaissent après l'administration d'un lavement, ventre normal, indolore à la pression.

Albumine 0,25, urine 1 l. 750.

Dans la nuit on note la température suivante :

Minuit.	38·2
2 heures.	37·8
5 «	38·1
8 «	37·6

26. — La femme est assez bien. P. = 108. R. = 28, langue humide, ventre toujours indolore. Lochies peu abondantes, rosées, sans odeur.

A 6 heures du soir. . . . 37·4. P. = 96

Albumine 0,25 centigr. Urine 1 l. 50.

27. — Langue humide, transpiration abondante dans la nuit. Eau-de-vie allemande.

28. — Nuit bonne. P. = 120. R. = 32.

29. — Albumine 0,25.

30. — « 0,25, urine 1 litre.

Les jours suivants l'albuminurie légère persiste encore, mais elle disparaît le 10 juin, et le 12 juin la malade commence à manger.

14 *juin*. — A 9 heures du soir la malade accuse une douleur très vive dans la jambe gauche, au milieu de la nuit cette douleur est telle qu'elle arrache des cris.

15. — Ce matin le membre inférieur gauche est le siège d'un œdème très prononcé qui remonte jusqu'au pli de l'aine ; la peau est blanche ; la pression est douloureuse sur le trajet des veines : la phlegmatia est donc manifeste. On immobilise le membre inférieur dans une gouttière en fil de fer, qui remonte jusqu'à la racine de la cuisse ; la jambe est recouverte de compresses trempées dans la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. Les compresses sont imbibées de cette solution deux fois par jour et pour éviter une évaporation trop rapide, on prend soin de couvrir la jambe de taffetas gommé.

16. — L'immobilisation jointe aux compresses humides amène un soulagement très rapide et les douleurs disparaissent.

22. — Il y a une éruption très discrète à la partie supérieure de la face postérieure de la cuisse, œdème moins accusé.

24. — L'éruption est plus étendue, elle gagne la fesse, ce qui s'explique par la déclivité du siège au niveau duquel vient s'accumuler le chlorhydrate d'ammoniaque qui s'écoule peu à peu.

28. — Il y a quelques boutons sur le mollet.

30. — Quelques vésicules apparaissent sur la face interne de la cuisse. L'éruption qui siégeait dans les régions postérieures s'est étendue, il y a de grandes plaques rouges au niveau desquelles l'épiderme se desquame ; démangeaisons assez vives.

L'œdème a diminué encore. — On supprime le chlorhydrate d'ammoniaque.

2 *juillet*. — La malade garde encore la jambe dans la gouttière.

10. — Il n'y a presque pas d'œdème, on enlève la gouttière.

20. — La malade se lève pour la première fois sans être incommodée ; le soir léger œdème malléolaire.

25. — La malade se lève tous les jours, il n'y a presque plus d'œdème à la partie inférieure de la jambe quand elle se couche. On lui fait faire un bas élastique.

Elle est sortie le 30 juillet en bon état, ni douleur, ni œdème du membre inférieur.

Marche de la température :

Mai	24	matin	37·4	soir	39·1
—	25	—	37·5	—	38·4
—	26	—	37·6	—	37·5
—	27	—	38·4	—	38·5
—	28	—	38·4	—	37·9
—	29	—	38·1	—	38·3
—	30	—	37·6	—	37·4
—	31	—	38·	—	37·6
Juin	1	—	37·8	—	37·6
—	2	—	38·	—	37·3
—	3	—	37·8	—	37·
—	4	—	37·7	—	36·8
—	5	—	37·7	—	39·9
—	6	—	37·4	—	36·8
—	7	—	37·5	—	37·2
—	8	—	37·6	—	37·8
—	9	—	37·3	—	36·8
—	10	—	37·	—	37·4
—	11	—	37·	—	37·2
—	12	—	37·2	—	36·9
—	13	—	37·2	—	36·8
—	14	—	37·2	—	38·2
—	15	—	37·4	—	38·5
—	16	—	37·4	—	38·
—	17	—	37·4	—	37·8
—	18	—	37·	—	37·5
—	19	—	36·8	—	37·2
—	20	—	36·8	—	37·4
—	21	—	36·8	—	37·2
—	22	—	36·8	—	37·2
—	23	—	36·8	—	36·8
—	24	—	37·	—	37·4

Juin	25	matin	38°	soir	36°2
—	26	—	36°	—	37°4
—	27	—	36°8	—	37°2
—	28	—	36°9	—	37°5
—	29	—	37°	—	37°
—	30	—	37°5	—	37°

On ne prend plus la température, la malade n'a plus de fièvre, l'état général est bon.

Observation II (Extraite des registres de la clinique Baudelocque). — — *Accouchement prématuré dans le courant d'une fièvre typhoïde. — Extraction à l'aide du forceps. — Enfant vivant. — Phlegmatia alba dolens de la jambe gauche débutant le 27e jour après l'accou-couchement. — Immobilisation et compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.*

La nommée Louise O.., 23 ans, chapelière, entre le 30 novembre 1890 à la clinique Baudelocque.

La malade se dit un peu nerveuse et sujette aux migraines. Au mois d'avril elle a fait un séjour de 3 semaines à l'Hôtel-Dieu.

Elle souffrait de courbature générale.

En outre elle se plaint d'avoir eu depuis cette époque des douleurs en urinant, surtout vers la fin de la miction, on n'aurait pas fait un diagnostic précis, on aurait constaté l'intégrité des poumons et un soufle au cœur. On lui donna du fer.

Elle entre à 7 mois 1/2 de sa grossesse ; elle est primipare. Il y a deux jours environ, elle fut prise pendant la journée d'une vive céphalalgie frontale avec anorexie et fièvre, celle-ci est précédée d'un frisson.

Elle se contente de boire du thé et au bout de 4 jours la fièvre disparaît, la céphalalgie et l'anorexie diminuèrent sans cependant disparaître complètement.

Il y a 3 jours elle fut reprise de frisson et de fièvre avec insomnie et celle-ci persiste depuis lors. Jamais d'épistaxis.

La malade tousse depuis un mois, mais la toux est peu fréquente.

Pas d'albumine. A son entrée dans le service la malade présente manifestement de la fièvre.

Elle a l'haleine mauvaise, dans l'après-midi elle est prise de frisson. Le lendemain matin 1er décembre la température atteint 39°. Vive céphalalgie. Douleurs abdominales continuelles. Constipation opiniâtre.

Depuis 4 jours la malade n'était pas allée à la garde-robe. Un lavement amène des selles peu abondantes. Anorexie. Soif vive.

Langue chargée, rouge à la pointe et sur les bords. On trouve sur l'abdomen 3 taches ayant tous les caractères des taches rosées lenticulaires.

A l'examen des poumons on trouve au sommet droit de la submatité et dans le reste des poumons une respiration supplémentaire. La malade se plaint d'une envie d'uriner, qu'elle ne peut satisfaire bien qu'il y ait 6 heures qu'elle n'ait uriné ; on ne retire par la sonde qu'une petite quantité d'urine assez colorée. Pas de prostration, la malade répond facilement aux questions. Traitement : eaux vineuses, café, lait, sulfate de quinine.

Le soir les douleurs sont plus fortes. Accouchement au forceps au lendemain à midi 20 minutes d'un enfant vivant. Le soir chute momentanée de la température. La constipation persiste. Les taches rosées se sont effacées.

3 *décembre*. — Même état. On n'entend plus rien d'anormal au sommet, souffle intense au premier temps dans la région précordiale sans foyer net.

4. — La constipation persiste. Nausées, pas de vomissements, toux moindre. Il n'y a plus de céphalalgie. Langue chargée rouge à la pointe et au bord, humide.

0.50 centigr. de quinine matin et soir.

5. — Diarrhée toute la nuit, langue humide. Salol 4 grammes.

6. — Salol 4 grammes. Quinine 1 gramme, fatigue.

7. — Langue humide, diarrhée, 3 selles, naphtol β 1.50.

8. — Pas de diarrhée ; ventre encore sensible à la région hypogastrique.

9. — Céphalalgie, langue un peu sèche, la diarrhée continue. Gen-

cives douloureuses, on supprime les injections vaginales au biiodure ; on les fait à l'eau phéniquée.

10. — Diarrhée abondante, fétide, involontaire, abattement, prostration, langue rôtie ce matin. Peau sèche. Ventre indolore. Pas de respiration soufflante. Respiration rude et retentissement de la toux par des râles. A droite et en avant rien. A gauche et en avant douleur à la pression ; quelques frottements ou râles fins ; pas de souffle fort au 1er temps.

Rien à la pointe. Pas de point xyphoïdien, ni cervical, reprend 4 grammes de salol depuis hier.

12. — Un peu mieux, 3 draps mouillés.

13. — Langue rôtie ce matin. On ajoute 2 ablutions. Diarrhée fréquente dans la nuit. Même traitement. Un peu mieux, langue humide.

14. — Taches rosées assez nombreuses sur le thorax et l'abdomen.

15. — Eschare sacrée à gauche.

17. — Elle va mieux, l'eschare va mieux, on donne un matelas d'eau.

26. — Le soir douleur au mollet gauche, légère enflure.

27. — Œdème blanc, douloureux du membre inférieur gauche. Pouls crural moins fort du côté gauche que du côté droit.

Traitement. — Gouttière et les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

Marche de la température.

Le jour de son entrée, le 30 novembre au soir 39 5.

Décembre	1	matin	39·	soir	39·7
		Après l'accouchement.			
—	2	matin	39·	—	36·8
—	3	—	39·1	—	39·8
—	4	—	39·8	—	39·6
—	5	—	39·	—	39·4
—	6	—	39·1	—	39·5
—	7	—	39·1	—	39·3
—	8	—	38·6	—	39·2

Décembre	9	matin	39·1	soir	40·
—	10	—	39·5	—	39·9
—	11	—	38·6	—	38·2
—	12	—	38·2	—	37·4
—	13	—	38·8	—	39·2
—	14	—	38·6	—	38·
—	15	—	38·5	—	37·9
—	16	—	37·2	—	38·4
—	17	—	37·4	—	37·6
—	18	—	36·9	—	38·9
—	19	—	37·4	—	38·2
—	20	—	37·8	—	38·1
—	21	—	37·4	—	38·2
—	22	—	37·2	—	38·
—	23	—	37·3	—	37·4
—	24	—	36·8	—	37·8
—	25	—	36·9	—	37·3
—	26	—	36·8	—	37·5
—	27	—	37·	—	37·8
—	28	—	37·2	—	37·9
—	29	—	37·2	—	37·5
—	30	—	38·	—	38·2
—	31	—	37·3	—	38·2
Janvier	1	—	37·5	—	37·8
—	2	—	37·	—	37·8
—	3	—	37·	—	37·8
—	4	—	37·	—	37·7
—	5	—	37·	—	37·4
—	6	—	36·9	—	37·4
—	7	—	36·8	—	36·9
—	8	—	37·2	—	37·
—	9	—	37·2	—	37·
—	10	—	37·2	—	37·
—	11	—	36·8	—	37·
—	12	—	37·	—	37·4

Janvier	13	matin	37·	soir	37·2
—	14	—	37·	—	37·5
—	15	—	37·	—	37·2
—	16	—	37·	—	36·4
—	17	—	36·9	—	37·2
—	18	—	37·	—	37·2
—	19	—	36·9	—	37·1
—	20	—	36·9	—	37·2
—	21	—	37·	—	36·8
—	22	—	37·	—	37·
—	23	—	37·2	—	37·3
—	24	—	37·	—	37·2
—	25	—	37·2	—	37·2
—	26	—	36·9	—	37·
—	27	—	36·9	—	37·
—	28	—	37·	—	37·

La malade est sortie en bon état le 9 février 1891.

Observation III (rédigée d'après les registres de la clinique Baudelocque). — *Accouchement à terme. — Hydropisie de l'amnios. — Application de forceps dans l'excavation. — Délivrance artificielle pour inertie utérine et hémorrhagie abondante. — Phlegmatia alba dolens survenant le 26e jour après l'accouchement. — Immobilisation et application de compresses trempées dans la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque.*

Femme M..., entre le 10 janvier 1891 à 8 heures 1/2 le soir à la clinique Baudelocque.

C'est une femme de bonne constitution et de bonne santé.

Elle a fait 2 avortements : un avortement gémellaire de 4 mois en 1886 et un de 2 mois en 1887.

Elle est à terme. La grossesse n'a été marquée par aucun phénomène anormal autre qu'une leucorrhée assez abondante et un œdème assez considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale

tenant à l'excès de volume de l'utérus. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

L'utérus est très augmenté de volume, son fond remonte à 41 cent. au-dessus du pubis ; sa tension est permanente et on perçoit une fluctuation manifeste : il y a donc de l'hydramnios. Le fœtus serait volumineux, se présente par le sommet non engagé en GT. Ayant déplacé une certaine épaisseur du liquide amniotique avant d'arriver sur les parties fœtales. Foyer d'auscultation à gauche.

On conserve cette femme dans le service pour surveiller la présentation du fœtus.

Le lendemain 11 janvier à 8 heures du soir les premières douleurs apparaissent, à 8 heures 1/2 la femme est admise à la salle du travail.

La poche des eaux se rompt spontanément, il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique, mais on n'a pas pu le recueillir.

Le travail marche régulièrement et à minuit la dilatation est complète. Le fœtus se présente en OGDT. La tête s'engage peu à peu, à 4 heures du matin, M. Potocki fait une application de forceps. Prise régulière antéro-postérieure de la tête.

En allant à la recherche d'oreille postérieure, M. Potocki sent à gauche de celle-ci la main du fœtus dont la présence s'oppose dans une certaine mesure au mouvement de rotation de la tête, qui est d'ailleurs mal fléchie. Extraction faite, légère déchirure du périnée, on applique deux serres-fines. L'enfant est volumineux.

Après l'extraction de l'enfant on fit une injection vaginale au biiodure à 1/4000.

Pendant la période de délivrance l'utérus se contracte d'une manière insuffisante, de sorte qu'au bout d'une heure le placenta n'était pas encore descendu jusqu'au niveau du segment inférieur ; en même temps il se produit une hémorrhagie assez importante, qu'on cherche à combattre par des injections intra-utérines très chaudes. Mais ce moyen restant insuffisant M. Potocki fut obligé de pratiquer la délivrance artificielle, qui ne présenta aucune difficulté, le placenta étant décollé presque dans toute son étendue. Injection intra-utérine très chaude avec 4 litres de solution de biiodure à 1/4000 et 8 litres de solution saturée de naphtol.

On note à la fin du travail une légère quantité d'albumine dans l'urine.

12 *janvier*. — Temp. matin 38·, soir 38·. P. 104. Peau chaude, couverte de sueurs, pas de céphalalgie. Utérus indolore, bien rétracté, langue humide. Sulfate de quinine 0,50 cent.

13. — Temp. 37·6, soir 37·2. Bon état. Utérus indolore, remonte 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Miction normale.

Albumine 0,25 par litre.

14. — Temp. matin 37· soir 37· albumine disparue.
15. — « « 36·8 « 37·4 « «
16. — « « 38·6 « 38· « «

Rien d'anormal au niveau du ventre. Pas de frisson. Légère lymphangite des seins. Pansement des seins avec des compresses trempées dans une solution saturée d'acide borique, compression.

17. — Temp. matin 37· soir 37·2.
18. — « « 38·1 « 38·1.

La malade est un peu fatiguée, les lochies sont inodores.

On fait depuis l'accouchement deux injections vaginales au biiodure à 1/4000.

19. — Temp. matin 37·4 soir 37·2
20. — « « 38·4 « 38·2
21. — « « 40·8 « «

On transporte la malade au pavillon d'isolement et on lui fait une injection intra-utérine très abondante avec la solution d'acide phénique à 1/100.

Il n'y a aucune localisation.

A 2 heures de l'après midi, temp. . . . . 40·4
A 6 « « « . . . . . 40·6

La malade a eu après l'injection intra-utérine un violent frisson

La nuit elle transpire abondamment. Céphalalgie, malaise. Sulfate de quinine, 1 gramme.

22. — Temp. matin 40·6, soir 38·2.

Nuit agitée, le soir amélioration de l'état général.

L'amélioration persiste les jours suivants et on note la température suivante :

Janvier	23	matin	37·7	soir	38
—	24	—	37·2	—	38·
—	25	—	37·3	—	37·3
—	26	—	37·	—	37.6
—	27	—	36·9	—	37·4
—	28	—	36·9	—	37·4
—	29	—	36·6	—	37·8
—	30	—	37·	—	37·9
—	31	—	36·8	—	37·2
Février	1	—	36·8	—	37·8
—	2	—	37·6	—	38·
—	3	—	37·8	—	37·6
—	4	—	36·8	—	37·7
—	5	—	36·8	—	37·6

La malade se plaignait depuis quelques jours de douleurs dans la jambe gauche, dans le pli de l'aine, mais quoiqu'on pensât qu'il s'agissait d'une phlegmatia on ne voyait pas l'œdème.

Ce matin cependant un œdème manifeste existe à la jambe, au pied, et remonte jusqu'à mi-cuisse ; godet persistant produit par la pression. On immobilise le membre inférieur gauche dans une gouttière qui remonte jusqu'à la racine de la cuisse et on entoure ce membre de compresses trempées dans la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque.

6 *février*. — Œdème remonte jusqu'au pli de l'aine et s'accuse davantage à la partie inférieure de la jambe. Il y a encore des douleurs spontanées.

8. — Les douleurs spontanées ont disparu, la malade peut dormir.

10. — Il y a quelques boutons à la face postérieure de la cuisse, produits par le chlorhydrate d'ammoniaque.

14. — L'éruption accusée à la face postérieure de la cuisse ; il y a quelques boutons discrets au niveau du mollet. Le 17, on suspend les compresses mais on laisse la gouttière.

24. — L'œdème diminue depuis plusieurs jours.

25. — L'œdème a presque totalement disparu ; il n'existe qu'à la

partie inférieure de la jambe où la pression détermine un très léger godet.

L'état général est excellent.

12 *mars*. — La malade se lève, cinq semaines après l'apparition de la phlegmatia. Il ne se produit qu'un très léger œdème après la marche, qui n'existe plus quand la femme quitte la clinique.

La marche de la température à partir du 6 février était la suivante :

Février	6	matin	38·2	soir	38·2
—	7	—	38·	—	38·8
—	8	—	37·4	—	39·
—	9	—	37·2	—	37·8
—	10	—	37·2	—	38·4
—	11	—	37·2	—	37·8
—	12	—	36·8	—	37·4
—	13	—	35·8	—	37·
—	14	—	37·2	—	37·4
—	15	—	37·2	—	37·4
—	16	—	36·8	—	37·2
—	17	—	37·	—	37·4
—	18	—	37·	—	37·
—	19	—	37·	—	36·6
—	20	—	36·8	—	37·2
—	21	—	37·	—	37·6
—	22	—	37·	—	37·2
	23	—	36·9	—	37·
—	24	—	37·	—	37·2
—	25	—	36·8	—	37·2
—	26	—	37·	—	37·2
—	27	—	36·9	—	37·2
—	28	—	36·9	—	37·2
Mars	1	—	37·	—	37·4
—	2	—	37·	—	37·4
—	3	—	36·8	—	37·2
—	4	—	37·4	—	37·

Mars	5	matin	37·2	soir	36·8
—	6	—	37·	—	38·1
—	7	—	36·9	—	37·
—	8	—	36·9	—	37·
—	9	—	37·1	—	37·
—	11	—	37·1	—	36 9
—	12	—	37·	—	36·6

La malade est envoyée le 4 avril au Vésinet, on lui fait porter un bas élastique qui remonte jusqu'à la racine de la cuisse.

Observation IV (rédigée d'après les registres du service d'accouchement de l'hôpital Lariboisière). — *Accouchement à terme. — Durée du travail 21 h. — Déchirure très étendue du périnée, périnéorrhaphie aussitôt après l'accouchement. — Phlegmatia de la jambe gauche le 10e jour après l'accouchement. — Application de compresses trempées dans la solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque. — Guérison.*

Femme R.., de 24 ans, domestique, entre dans la salle d'accouchements de Lariboisière le 19 août 1888 à 8 heures du matin. Elle est d'une bonne santé en général ; le bassin est normal. Primipare. Les dernières règles le 10 novembre; elle est à terme et l'enfant se présente par le sommet en OIGP. Les premières douleurs apparurent le 18 août à 6 heures du soir.

La dilatation est complète le 19 août à 2 h. 1/2 du soir. L'accouchement spontané à 3 h. 1/4 du soir d'un enfant vivant ; la délivrance aussitôt après et on constate une déchirure du périnée. On fait la périnéorrhaphie immédiate. La température, le soir après l'accouchement, est de 37· 4.

Août	20	matin	37·2	soir	37·8
—	21	—	37·2	—	37·5
—	22	—	37·1	—	37·4
—	23	—	37·	—	37·8
—	24	—	37·4	—	37·2
—	25	—	37·2	—	37·2
—	26	—	37·4	—	37·8

Août	27	matin	37·5	soir	37·5
—	28	—	37·8	—	39·

On constate le soir l'œdème de la cuisse ainsi que de la jambe. Les 9 premiers jours après la délivrance, la température est au-dessous de 38·.

26 *août.* — La malade accusait déjà de la pesanteur dans la jambe gauche.

27. — Elle se plaint de douleurs plus vives au pli de l'aine. Le 21 l'œdème était manifeste.

On immobilise le membre et on applique les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque jusqu'au 14 septembre, quand l'éruption est généralisée. On conserve la gouttière encore.

A partir du 17 septembre la température est au-dessous de 38· et elle se maintient à la normale jusqu'au 5 octobre le soir, quand elle remonte à 38· pour retomber le lendemain à 37· 2 et le soir 37· 9. Le 7 et le 8 octobre la température est normale, c'est la date de la sortie de la femme qui est complètement guérie.

La marche de la température est la suivante à partir du 29 août :

Août	29	matin	38·1	soir	39·2
—	30	—	39·2	—	39·2
—	31	—	38·4	—	39·
Septembre	1	—	37·9	—	38·5
—	2	—	37·9	—	37·9
—	3	—	37·9	—	37·9
—	4	—	37·9	—	38·5
—	5	—	37·6	—	37·9
—	6	—	37·4	—	38·6
—	7	—	37·5	—	38·2
—	8	—	37·6	—	38·
—	9	—	37·5	—	38·
—	10	—	37·3	—	38·2
—	11	—	37·2	—	37·6
—	12	—	37·2	—	38·
—	13	—	37·1	—	38·4
—	14	—	37·1	—	37·5

Septembre	15	matin	37·2	soir	38·
—	16	—	37·	—	37·8
—	17	—	37·2	—	37·6
—	18	—	37·5	—	37·2
—	19	—	37·2	—	37·6
—	20	—	37·2	—	37·4

La température étant normale elle se maintient ; la malade sort bien portante le 8 octobre.

Observation V (rédigée d'après les registres de la clinique Baudelocque). — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorrhagie à plusieurs reprises. — Procidence du cordon. — Délivrance artificielle. — Phlegmatia alba dolens débutant 12 jours après l'accouchement. — Compresses de chlorhydrate d'ammoniaque. — Guérison.*

La nommée C..., âgée de 26 ans, lingère, entre le 12 avril 1890 à la clinique Baudelocque. Elle est enceinte de 8 mois et se plaint d'avoir perdu du sang au 5e mois ; le 9 avril elle fut réveillée par une perte considérable de sang, depuis elle perd, mais très peu.

Primipare d'une bonne constitution ; bassin normal. On constate une présentation de l'épaule gauche en avant.

Le 12 avril M. Boissard fait la version, ramène la tête en bas.

Le 13 avril à 1 heure du matin, l'hémorrhagie qui est très abondante cesse après deux injections successives. La parturiente éprouve quelques contractions utérines, on la transporte à la salle de travail.

Elle perd abondamment ; on se dispose à intervenir en rompant les membranes, alors on constate qu'elles viennent de se rompre et qu'il y a une dilatation de plus d'un franc. On constate également une procidence du cordon, ce dernier est privé de pulsations ; on tente de réduire le cordon, malgré la tête un peu engagée, on parvient après des efforts répétés et soutenus de faire la déduction.

Depuis la rupture des membranes, la femme ne perd plus ; le travail marche régulièrement suivi de l'expulsion d'un enfant mort à 5 h. 55.

Après l'expulsion la femme ne perd pas abondamment, mais d'une façon continue; le placenta est à peine engagé, il offre son bord; on fait la délivrance artificielle, on constate alors qu'il est adhérent sur le côté droit de l'utérus et dans une grande étendue; on décolle progressivement cette partie adhérente et on retire 25 minutes après un placenta à peu près complet, si ce n'est que quelques petites portions déchiquetées des cotylédons trop adhérents.

Après la délivrance on remarque une défaillance très prononcée et ensuite des vomissements. On donne à la malade des grogs et on administre du champagne glacé.

24 heures après la délivrance, la température est de 36·8.

Avril	14	matin	37·4	soir	38·4

L'état général est assez bon malgré la légère ascension le soir.

Avril	15	matin	38·	soir	38·6
—	16	—	37·5	—	38·2
—	17	—	36·5	—	38·5
—	18	—	37·7	—	37·8
—	19	—	37·5	—	37·6
—	20	—	37·	—	37·2
—	21	—	37·	—	37·3
—	22	—	37·	—	37·2
—	23	—	37·	—	37·3
—	24	—	36·7	—	36·8
—	25	—	37·2	—	37·2
—	27	—	36·9	—	37·7

Vers 8 heures du soir la malade sentit un engourdissement de la jambe gauche, on la regarde et on vit un œdème considérable lequel s'était produit tout à coup; ce ne fut que vers 9 heures du même soir que la malade se plaignit d'élancements aigus dans le mollet, lesquels se calmèrent après une injection hypodermique de morphine.

La jambe est mise le même soir encore dans une gouttière en fil de fer et élevée.

Elle est recouverte par les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

28. — T. 37·8, l'œdème est plus manifeste encore, on ne peut pas

sentir le cordon noueux de la veine ; le soir du même jour la température est de 38·. La nuit est bonne et la malade dort.

29. — L'œdème est remonté jusqu'à la racine du membre, la douleur est presque disparue, le soir la température est de 38·4. Lassitude généralisée.

Avril	30	matin	37·	soir	37·9
Mai	1	—	37·2	—	37·7
—	2	—	37·	—	36·2

la malade éprouve une cuisson assez vive et l'érythème apparaît.

Mai	3	matin	36·8	soir	37·2
—	4	—	36·8	—	37·
—	5	—	36·8	—	36·9

quelques boutons apparaissent.

Mai	6	matin	37·	soir	37·
—	7	—	37·	—	37·
—	8	—	36·8	—	38·

l'éruption se généralise sur tout le membre.

Mai	9	matin	36·6	soir	37·2
—	10	—	36·6	—	36·8

l'épiderme se détache par places sur le membre. On suspend les compresses.

Mai	11	matin	36·6	soir	37·3
—	12	—	37·	—	37·6
—	13	—	37·	—	38·5
—	14	—	37·	—	38·2
—	15	—	37·	—	38·
—	16	—	37·2	—	37·4
—	17	—	37·	—	37·2
—	18	—	36·6	—	37 5
—	19	—	36·6	—	37·
—	20	—	36·8	—	37·4
—	21	—	36·6	—	37·
—	22	—	36·4	—	36·8
—	23	—	37·	—	37
—	24	—	36·5	—	36 9
—	25	—	36·8	—	37·

la malade se lève pour la première fois et n'éprouve pas de fatigue, ainsi que le lendemain.

Mai 26 matin 36·8 soir 36·5

et le 27 elle est sortie complètement guérie.

Observation VI (rédigée d'après les registres du service d'accouchement de l'hôpital Lariboisière). — *Accouchement à terme. — Abcès du sein. — Plegmatia double avec infection préalable. — La première apparaissant 30 jours après l'accouchement à la jambe gauche ; la seconde 45 jours après l'accouchement.*

Le 3 *septembre* 1888 à 7 heures du soir entre dans la salle d'accouchement de l'hôpital Lariboisière, une femme Lacroix, domestique de 22 ans. Secondipare. Elle est à terme ; le travail a commencé à 1 heure de l'après-midi. Au moment de son entrée la dilatation est complète.

La grossesse a été normale sans complications. Pas d'œdème aux membres inférieurs. La parturiente accoucha spontanément d'un enfant vivant à 7 h. 15 du soir. La délivrance naturelle 15 minutes après. Les membranes sont complètes ; l'amnios légèrement retroussé.

La température est normale jusqu'au 9 septembre au soir, la malade éprouve un frisson qui dure 1/4 d'heure et la température est de 39·3. Le lendemain matin la température tombe à la normale, le soir il y a 38·4.

La température oscille de 37-39· avec élévation le soir. Le 23 septembre on constate un abcès au sein. Cet état dure jusqu'au 3 octobre.

3 *octobre.* — La malade se plaint de douleurs vives au mollet gauche et le 4 octobre, de l'œdème apparaît à la jambe et au pied remontant jusqu'à mi-cuisse. On met la jambe dans une gouttière jusqu'à la racine de la cuisse et on recouvre ce membre de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque. La nuit la malade souffre encore.

5. — L'œdème a envahi toute la cuisse jusqu'à la racine du membre. La nuit est bonne, la malade a pu dormir.

7. — On remarque un érythème assez considérable sur tout le membre et quelques boutons discrets sur la face postérieure de la cuisse.

8. — L'éruption est plus marquée surtout vers toute la face postérieure du membre.

12. — L'éruption étant plus généralisée et les douleurs ayant disparu, l'œdème commence un peu à diminuer ; on suspend les compresses, mais on laisse le membre dans la gouttière, on le saupoudre d'amidon et on recouvre d'une légère couche d'ouate, le laissant toujours dans la gouttière.

18. — La malade accuse de la douleur dans le mollet droit, mais ces douleurs sont bien moins fortes que celles qu'elle éprouvait à la jambe gauche.

On immobilise le membre et on met les compresses ; le 23 octobre l'éruption est apparente, qui se généralise le 25 et on suspend les compresses de chlorhydrate d'ammoniaque, ayant soin de laisser la gouttière.

La température ne remonte pas au delà de 37·5 à partir du 27 octobre. L'œdème disparaît notablement et la malade sort complètement guérie sans trace d'œdème aux membres le 10 novembre.

La température était la suivante à partir du jour de l'accouchement:

Septembre	4	matin	37·2	soir	37·2
—	5	—	37·2	—	37·2
—	6	—	37·4	—	37·4
—	7	—	37·4	—	37·8
—	8	—	37·2	—	37·6
—	9	—	37·5	—	39·3

frisson durant 1/4 d'heure.

Septembre	10	matin	37·5	soir	38·4
—	11	—	37·5	—	37·2

sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Septembre	12	matin	38.	soir	38·6
—	13	—	38·1	—	38·8

sulfate de soude.

Septembre	14	matin	37·2	soir	38·1
—	15	—	37·5	—	37·5
—	16	—	38·1	—	39·1
—	17	—	37·4	—	38·

Septembre	18	matin	37·2	soir	38·5
—	19	—	38·2	—	39·

injection intra-utérine.

Septembre	20	matin	36·8	soir	37·6
—	21	—	37·2	—	38·5
—	22	—	37·2	—	37·8
—	23	—	37·2	—	39·2

abcès du sein.

Septembre	24	matin	37·2	soir	39·1
—	25	—	37·6	—	39.2
—	26	—	37.5	—	38·3
—	27	—	37·3	—	38·4
—	28	—	37 5	—	39 1
—	29	—	37·2	—	37 6
—	30	—	37·2	—	38·2
Octobre	1	—	37·2	—	38·2
—	2	—	37·2	—	38 2
—	3	—	37·2	—	38·

phlegmatia de la jambe gauche.

Octobre	4	matin	38·2	soir	39·2
—	5	—	37·9	—	38·9
—	6	—	37·4	—	38·4
—	7	—	37·4	—	38·2
—	8	—	37·2	—	38·6
—	9	—	37·2	—	38·6
—	10	—	37·2	—	38·4
—	11	—	37·2	—	38·2
—	12	—	37·4	—	38·4
—	13	—	37·4	—	39·
—	14	—	37·2	—	38·8
—	15	—	37·	—	38.8
—	16	—	37·6	—	38·6
—	17	—	37·5	—	38·5
—	18	—	37·2	—	38·4

phlegmatia de la jambe droite.

Octobre	19	matin	38·2	soir	38·6
—	20	—	38·2	—	39·2
—	21	—	38·2	—	38·4
—	22	—	37·3	—	38·4
—	23	—	37·2	—	38·2
—	24	—	37·2	—	37·5
—	25	—	37·2	—	37·5
—	26	—	37·2	—	37·8
—	27	—	37·2	—	37·4
—	28	—	37·2	—	37·5
—	29	—	37·1	—	37·4
—	30	—	37·1	—	37·4
—	31	—	37·1	—	37·4
Novembre	1	matin	37·1	soir	37·4
—	2	—	37·1	—	37·3
—	3	—	37·2	—	37·1
—	4	—	37·1	—	37·1

Sortie le 10 novembre en bon état.

Observation VII (tirée de la thèse de M. Widal). — *Phlegmatia alba dolens. — Fièvre légère deux jours après l'accouchement. — Apparition de la phlegmatia le 19e jour. — Elle est accompagnée de symptômes d'infection. — Elle avait été précédée d'une longue période apyrétique.*

Femme P.., 38 ans, cuisinière, entre dans la salle d'accouchements de Lariboisière, le 28 août 1886.

Elle est primipare. On constate : un œdème des membres inférieurs, qui date depuis deux mois ; insertion vicieuse du placenta, procidence du cordon. Hémorrhagie avant et après la délivrance. Irrigations chaudes. Rupture prématurée des membranes. Délivrance artificielle.

Accouchement le 28 août : à 1 h. 1/2 du soir 37·2, à 5 h. 38·.

Septembre	3	matin	37·	soir	38·
—	4	—	37·2	—	37·4
—	5	—	37·2	—	37·8
—	6	—	37·2	—	37·6
—	7	—	37·	—	37·
—	8	—	36·5	—	37·2
—	9	—	36.8	—	37·5
—	10	—	36·5	—	37·1
—	11	—	36·8	—	37.4
—	12	—	36·8	—	37·1
—	13	—	36·8	—	37·
—	14	—	36·8	—	37·

phlegmatia alba dolens; compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

Septembre	15	matin	36·6	soir	37·
—	16	—	36·8	—	37·5
—	17	—	36·6	—	37·6
—	18	—	37·4	—	38·5
—	19	—	37·4	—	38·2
—	20	—	37·5	—	38·4
—	21	—	37·	—	38·6
—	22	—	37·4	—	38·
—	23	—	37·	—	37·5
—	24	—	37·	—	37·6
—	25	—	37·	—	37·4

on suspend les compresses.

Septembre	26	matin	36·8	soir	37·
—	27	—	36·6	—	37·4
—	28	—	36·8	—	37·5
—	29	—	36·6	—	37·2
—	30	—	36·6	—	37·4
Octobre	1	—	36·4	—	37·6
—	2	—	36·6	—	37·4
—	3	—	37·	—	37·4
—	4	—	37·	—	37.8

Octobre	5	matin	37·	soir	37·2
—	6	—	36·8	—	37·2
—	7	—	36·8	—	37·
—	8	—	36·8	—	37·
—	9	—	36·7	—	37·2
—	10	—	37·	—	37·
—	11	—	36·	—	36·9
—	12	—	38·8	—	37·
—	13	—	37·2	—	37·4
—	14	—	36·8	—	37·
—	15	—	36·8	—	37·2
—	16	—	38·8	—	37·2
—	17	—	36·4	—	37·4
—	18	—	36·4	—	37·
—	19	—	36·5	—	37·

La malade est sortie le 27 octobre en conservant un œdème assez marqué ; on lui donne un bas élastique.

Observation VIII (rédigée d'après les registres du service d'accouchement de l'hôpital Lariboisière). — *Accouchement spontané chez elle d'un enfant vivant. — Tentative infructueuse de délivrance par une sage-femme et un médecin en ville. — Délivrance artificielle faite par M. Pinard sous le chloroforme 17 heures après l'accouchement. — Rétraction de l'orifice utérin, putréfaction du placenta, formation de gaz dans la cavité utérine. — Irrigation continue pendant 7 jours. — Début de la phlegmatia le 17e jour après l'accouchement* (1).

Délivrance faite à 10 heures du matin le 20 mars.

20	mars	soir	2 h. 1/2	39·2
—	—	—	4 h. 1/2	38·
—	—	—	6 h. 1/2	38·6
—	—	—	8 h.	38·1
—	—	—	11 h.	37·5

(1) Nous n'avons pas observation complète la femme étant soignée chez elle, nous nous contentons de donner le tableau de température et à la fin la marche de la phlegmatia et le traitement.

21	mars	matin	1 h.	37·
—	—	—	3 h.	37·4
—	—	—	5 h.	38 4
—	—	—	7 h.	38·2
—	—	—	9 h.	38·8.P. 104
—	—	—	11 h.	37·
—	—	soir	1 h.	38·8
—	—	—	3 h.	39·4
—	—	—	5 h.	40·7.P. 108
—	—	—	8 h.	40·8
—	—	—	10 h.	40.
22	—	matin	1 h.	39·8
—	—	—	2 h.	38·2
—	—	—	4 h. 1/2	40·
—	—	—	6 h. 1/2	38·3
—	—	—	8 h.	38·
—	—	—	10 h.	38·4
—	—	—	12 h.	38·8
—	—	soir	2 h.	40.
—	—	—	4 h.	40·2
—	—	—	6 h.	39·2
—	—	—	8 h.	39·
—	—	—	10 h.	37·6
—	—	—	12 h.	38·6
23	mars	matin	2 h.	38·4
—	—	—	4 h.	37·8
—	—	—	6 h.	37·6
—	—	—	9 h.	38·
—	—	—	11 h.	38·6
—	—	soir	1 h.	39·4
—	—	—	4 h.	37·7
—	—	—	7 h.	39·8
—	—	—	10 h.	39·6
—	—	—	12 h.	39 8

24	mars	matin	2 h.		38·1
—	—	—	4 h.		37·4
—	—	—	7 h.		37·6
—	—	—	9 h.		38·6
—	—	—	11 h.		39·2
—	—	soir	2 h.		39·8
—	—	—	4 h.		40·2
—	—	—	6 h.		39·8
—	—	—	8 h.		39·6
—	—	—	10 h.		39·6
—	—	—	12 h.		38·8
25	mars	matin	2 h.		37·4
—	—	—	4 h.		36·8
—	—	—	6 h.		37·
—	—	soir	1 h.		38·6
—	—	—	6 h.		38·8
—	—	—	10 h.		38.4
26	mars	matin	1 h.		38·2
—	—	—	3 h.		38·4
—	—	—	10 h.		38·7
—	—	soir	6 h.	1/2	38·2
—	—	—	8 h.		39·6
27	mars	matin	8 h.		38·4
—	—	—	10 h.		39·4
—	—	soir	5 h.		38.
28	—	matin	38·8	soir	38·9
29	—	—	37·8	—	38·5
30	—	—	37·6	—	39·2
31	—	—	38·4	—	38·6
1er	Avril	—	37·8	—	37·8
2	—	—	37·3	—	37·9
3	—	—	37·9	—	38.
4	—	—	37·2	—	38·4
5	—	—	37·2	—	37·6
6	—	—	36·8	—	37·2

7	avril	matin	36·8	soir	37·2

début de la phlegmatia.

8	avril	—	37·8	—	37·9
9	—	—	37·4	—	37·8
10	—	—	37·8	—	38·
11	—	—	37·4	—	37·8
12	—	—	37·4	—	37·8
13	—	—	37·4	—	37·8
14	—	—	37·	—	37.4
15	—	—	37·	—	37·4
16	—	—	37·	—	37·4
17	—	—	37·	—	37·2
18	—	—	36·8	—	37·
19	—	—	36·8	—	37·6
20	—	—	36·9	—	37·3
21	—	—	36·8	—	37·2
22	—	—	37·	—	36·9
23	—	—	36·9	—	37·5
24	—	—	36·6	—	37·2
25	—	—	36·8	—	37·2
26	—	—	36·8	—	37·2
27	—	—	36·8	—	37·
28	—	—	36·6	—	37·
29	—	—	36·6	—	37·
30	—	—	36·6	—	37·
1er	mai	—	36·6	—	37·2
2	—	—	36·8	—	37·2
3	—	—	36·8	—	37·2
4	—	—	36·8	—	37·2
5	—	—	36·8	—	37·
6	—	—	36·8	—	37·2

la date de sortie.

La température étant de 39·2 4 heures après la délivrance, on prend sa temp. toutes les 2 heures.

21 *mars* matin. — La femme est un peu agitée. P. 104. T. 38·8,

dans la soirée T. 40° ; on transporte la femme au pavillon d'isolement et on la soumet à l'irrigation continue pendant 7 jours.

La température étant les 27 et 28 mars de 38°, on suspend l'irrigation continue.

A partir du 1er avril la température est normale le matin avec légère élévation le soir ; le 7 avril la malade ressent une douleur vive au pli de l'aine ; cette douleur descend plus bas et quand elle est ressentie au mollet, elle arrache des cris à la malade.

8 *avril.* — Le membre devient raide et un œdème manifeste apparaît. On met le membre dans la gouttière et on le recouvre de compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

9. — La malade a passé une bonne nuit, étant soulagée par les compresses humides ; dans la journée elle éprouve encore une légère douleur qui passe vers le soir. L'œdème est augmenté. Une lassitude généralisée.

14. — On voit les phlyctènes apparaître.

16. — La circulation collatérale commence à se dessiner ; l'éruption est généralisée le 17 et on suspend les compresses. La temp. ne dépasse pas 37°5. On enlève la gouttière le 23 avril, mais la malade garde le repos.

4 *mai.* — Elle se lève n'éprouvant aucune gêne et le 6 mai elle est sortie complètement guérie.

CONCLUSIONS

I. — La phlegmatia alba dolens est un accident puerpéral atténué, causé toujours cependant par l'infection.

II. — L'éclosion de l'œdème est toujours précédée de fièvre, parfois très légère et ne durant que quelques jours.

III. — La phlegmatia alba dolens n'est que le second temps de la maladie, sa manifestation locale.

IV. — La cause de l'œdème, comme l'a démontré M. Widal, est l'inflammation de la veine par dépôt du streptococcus pyogenes sur la paroi endothéliale. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi.

V. — Comme traitement préventif l'antisepsie rigoureuse ; l'injection intra-utérine et l'irrigation continue dans les cas de réceptivité toute particulière à l'infection.

VI. — Traitement symptomatique : application locale des compresses trempées dans une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque, qui a toujours donné les meilleurs résultats.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1721. **Mauriceau.** — *Traité des maladies des femmes en couches.*

1759. **Puzos.** — *Mémoire sur le lait répandu.*

1761. **Levret.** — *L'art des accouchements.*

1784. **White.** — *Recherches sur les causes de l'enflure des extrémités inférieures chez les accouchées.*

1823. **Davis.** — *Essai sur la cause de la phlegmatia alba dolens,* Analyse par Dance. *Arch. gén. de méd.*, 1828.

1823. **Boullaud.** — De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropysies partielles. *Archiv. gén. de méd.*, t. II.

1824. **Velpeau.** — Recherches et observation sur la phlegmatia alba dolens. *Arch. de méd.*, t. VI.

1824. **Gardien.** — *Traité des accouchements.*

1834. **Cruveilhier.** — *Dict. de méd. et chir. pratiques en* 15 *volumes*, t. XII, article phlébite.

1854. **Virchow.** — *Thrombose et embolie.*

1861. **Tilbourg-Fox.** — *Gazette hebdomadaire.* Compte rendu d'une communication faite à la *Société d'obstétrique* de Londres sur la phlegmatia.

1867. **Monneret.** — *Phlébite puerpérale généralisée. Gaz. des hôpitaux.*

1870. **Hervieux.** — *Traité clinique et pathologique des maladies puerpérales.*

Trousseau. — *Clinique médicale*, t. III. Leçon phlegmatia alba dolens et l'empoisonnement puerpéral.

1873. **Gaffé.** — *Considération sur la phlegmatia alba dolens dans l'état puerpéral.* Th. de doct. Paris.

1875. **Girardot.** — *Contribution à l'étude de la phleg. alba dol.* Th. Paris.

1875. **Lair.** — *Des coagulations du sang dans le système veineux.* Th. de doct. Paris.

1878. **Cosnard.** — *Étude sur quelques manifestations articulaires de la phleg. alb. dol.* Th. de doct. Paris.

1878. **Winckel.** — *Pathologie et thérapeutique des accouchées.*
1880. **Doléris.** — *Essai sur la pathogénie et la thérap. des accid. puerp.*
1880. **Damaschino.** — *Union médicale.*
1880. **Muller.** — *Handbuch der Geburthshilfe.*
1880. **Troisier.** — *Phlegmatia alba dolens.* Thèse d'agrégation.
1881. **Veit.** — *Berliner klinische Wochenschrift.*
1884. **Siredey.** — *Les maladies puerpérales.*
1885. **Lusk.** — *Science et art des accouchements.* New-York. Trad. par Doléris.
1885. **Le Gal.** — *Essai sur la phlegmatia alba dolens des femmes en couches.* Thèse de doct. Paris.
Vinay. — *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.* Article veines.
1885. **Fritsch.** — *Traité des infections puerpérales.* Trad. française.
1886. **Delporte.** — *Étude sur la phlegmatia alba dolens puerpérale.* Thèse de doct. Paris.
Delore et **Poulet.** — *Dict. enc. des sc. méd.* Art. phleg. alb. dol.
Pinard et **Varnier.** — *De l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif de la septicémie puerpérale.*
1889. **Hayem.** — *Le sang et ses altérations anatomiques.* Paris.
1889. **Widal.** — *Étude sur l'infection puerpérale, la phleg. alba dol. et l'érysipèle.*
1890. **Chantemesse.** — L'infection puerpérale. *Progrès médical.*
1890. **Charpentier.** — *Traité des accouchements*, 2e édition.
1890. **Verneuil.** — *C. R. de l'Ac. des sciences*, mars.
1890. **Fehling.** — *Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes.*
1890. **Leblond.** — La phlegmatia alba dolens d'origine puerpérale. *Gaz. des Hôpit.*
Chambrelent. — *De l'unité pathogénique des différentes formes de l'infection puerpérale.*

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier (Hte-Marne), 30, passage Verdeau, Paris.